Aus der chirurgischen Klinik der Universität Breslau
(orthopädische Abteilung)
Leiter: Professor Dr. Weil.

Über einen Fall von kongenitaler Pseudarthrose des Oberschenkels.

Auszug aus einer Schrift
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
bei der
Hohen medizinischen Fakultät
der
Schlesischen Friedrich - Wilhelms - Universität Breslau

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Helene Saynisch.
Ärztin in Breslau.

1925.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
(Referent: Professor Dr. Weil.)

Die kindlichen Pseudarthrosen wurden früher auf eine sub partu entstandene Fraktur zurückgeführt. In neuerer Zeit ist aber festgestellt worden, dass sie zum grössten Teil kongenital sind. Unter die kongenitalen Pseudarthrosen fallen nicht nur die bei der Geburt bereits ausgebildeten, sondern auch die sogenannten intrauterinen Frakturen, Abbiegungen des Knochens, aus denen im frühen Kindesalter leicht eine Fraktur mit Pseudarthrosenheilung entstehen kann. Die kongenitalen Unterschenkelpseudarthrosen, die häufigsten, weisen folgende Charakteristica auf:

Lokalisation an der Grenze von mittlerem und unterem Drittel.

Abbiegung des Unterschenkels nach vorn.

Konzentrische Atrophie der Bruchenden.

Starke Verkürzung des Unterschenkels.

Atrophie der Muskulatur.

Hypoplasie des Oberschenkels, Schenkelkopfes und der Gelenkpfanne.

Hypoplasie der Beckenhälfte der erkrankten Seite.

Aetiologisch kommen in Betracht: Amniotische Verwachsungen, Fehler der Keimanlage, extrachoriale Fruchtentwicklung durch ganz frühen Blasensprung; fötale Erkrankungen, wie gekreuzte Hemiatrophien, Rachitis werden neuerdings nicht anerkannt.

Gegenüber den kongenitalen Unterschenkelpseudarthrosen sind die kongenitalen Oberschenkelpseudarthrosen selten.

Es werden 7 Fälle von kongenitaler Oberschenkelpseudarthrose angeführt.

Charakteristisch für die kongenitalen Oberschenkelpseudarthrosen sind:

Lokalisation an der Grenze von oberem und mittlerem Drittel des Femur.

Seitliche Ausbiegung des Femur.

Starke Verkürzung des Oberschenkels, geringe des Unterschenkels.

Hochstand des Trochanter maior über der Roser-Nélaton'schen Linie.

Form des Trochanter: schmal, lang.

Häufig konische Form des Schenkelkopfes, Hypoplasie der Beckenhälfte der erkrankten Seite.

Atrophie der Oberschenkelmuskulatur.

Stellung des Oberschenkels: Adduktion, Innenrotation, Flexion in der Hüfte. Abduktion beschränkt bezw. aufgehoben.

Therapeutische Versuche zur Anregung der Knochenneubildung von den atrophischen Fragmentenden aus sind erfolglos.

Die Methode der Resektion der Bruchenden hat den Nachteil, dass die bestehende Verkürzung der Extremität noch verstärkt wird.

Gute Erfolge, Wiederherstellung der Funktion und Ausgleich der Verkürzung sind mit der autoplastischen Knochentransplantation erzielt worden.

Konservativ wird die kongenitale Oberschenkelpseudarthrose mit orthopädischen Massnahmen — Schienenhülsenapparat — behandelt.